



FEUILLE D'ORDONNANCES PRÉ-RÉDIGÉES
 POUR
Prise en charge initiale pour suspicion
d'ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE PÉDIATRIQUE
À L'URGENCE
 Page 1 de 2

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Voir l'[Algorithme TREKK sur l'acidocétose diabétique pédiatrique](#).

Mettre vos initiales aux lignes applicables

DIÈTE : _____ NPO _____ Glaçons

SIGNES VITAUX/SURVEILLANCE

- Surveillance cardiorespiratoire, FC, FR, TA, signes neurologiques (y compris l'évaluation de la céphalée) q1h
- Oxygène 10-15 L/min par masque avec réservoir (si signes de choc ou d'acidocétose sévère)
- Dosage strict des ingesta et excreta

Autre : _____

INVESTIGATIONS INITIALES

- Glycémie, gaz veineux, Na, K, Cl, (Ca, PO4 si disponibles), urée, créatinine, osmolalité, cétones sériques ou urinaires
- Analyse d'urine au chevet OU β -hydroxybutyrate sérique
- Si diabète *de novo* : HbA1c, TSH, anticorps thyroïdiens (*si disponible*)

Autre : _____

INVESTIGATIONS EN CONTINU

- Glycémie au chevet q1h, et au début de la perfusion d'insuline, et 1 heure suivant tout changement de dosage de l'insuline (au besoin)
- Équilibre liquidien (ingesta/excreta) q1h
- Glycémie, électrolytes, urée, créatinine, gaz veineux q2h
- Analyse d'urine au chevet q4h

DÉBIT DU SOLUTÉ IV (HEURES 0 – 12)

A) Soluté initial

- Bolus NS ou LR _____ mL (20 mL/kg, MAX 1000 mL) IV sur 20 minutes (bolus rapide sur 5-10 minutes si le patient est hypotendu), **SUIVI DE**
 _____ Répéter bolus NS ou LR _____ mL (20 mL/kg, MAX 1000 mL) IV sur 20 minutes si signes d'hypoperfusion (remplissage capillaire \geq 3 sec, extrémités froides), **SUIVI DE**

B) Soluté IV continu (voir Page 2 pour tout patient avec signes d'atteinte cérébrale)

Tableau de réhydratation : Soluté IV continu				
Poids (kg)	5 à < 10 kg	10 à < 20 kg	20 à < 40 kg	\geq 40 kg
Débit (mL/kg/h)	6,5	6	5	4 (MAX 500 mL/h)

_____ NS à _____ mL/h IV (selon Tableau de réhydratation) **OU**

_____ LR à _____ mL/h IV (selon Tableau de réhydratation)

***** Suite à la Page 2. S'assurer que l'infirmière a pris connaissance de la Page 2 avant de compléter. *****

_____	_____	_____
MÉDECIN (SIGNATURE)	NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)	DATE & HEURE
_____	_____	_____
INFIRMIÈRE (SIGNATURE)	NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)	DATE & HEURE

Original – Dossier médical Copie – Pharmacie



FEUILLE D'ORDONNANCES PRÉ-RÉDIGÉES
POUR
Prise en charge initiale pour suspicion
d'ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE PÉDIATRIQUE
À L'URGENCE
Page 2 de 2

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

... Suite de la Page 1

- Ajouter **KCl** 40 mmol/L au soluté initial lorsque le K sérique est moins de 5,5 mmol/L
_____ NS avec KCl 40 mmol/L à _____ mL/h IV (voir Tableau de réhydratation) **OU**
_____ LR avec KCl 40 mmol/L à _____ mL/h IV (voir Tableau de réhydratation)
- Si la glycémie est moins que 17 mmol/L **OU** si elle diminue de plus de 5 mmol/L de l'heure suivant le début de la perfusion d'insuline, changer le soluté à :
_____ D5 NS avec KCl 40 mmol/L à _____ mL/h IV (voir Tableau de réhydratation) **OU**
_____ D5 LR avec KCl 40 mmol/L à _____ mL/h IV (voir Tableau de réhydratation) **OU**
_____ D10 NS avec KCl 40 mmol/L à _____ mL/h IV (voir Tableau de réhydratation) **OU**
_____ D10 LR avec KCl 40 mmol/L à _____ mL/h IV (voir Tableau de réhydratation)

INSULINE

- Débuter la perfusion d'insuline 1 heure après la réhydratation liquidienne IV (pas avant 1 heure et toujours avant 2 heures; retarder l'insuline si le K sérique est moins que 3,5 mmol/L)
_____ **Insuline** ordinaire 1 unité/mL à _____ unités/h (0,1 unités/kg/h) IV

CONSULTATIONS

- Spécialiste en diabète pédiatrique
_____ Soins intensifs pédiatriques ou Centre de référence pédiatrique ou équipe de transport (si pH < 7,1, âge < 5 ans, hypotension, et/ou suspicion d'atteinte cérébrale)

SUSPICION D'ATTEINTE CÉRÉBRALE

(GCS ≤ 13, céphalées sévères, irritabilité chez l'enfant préverbal, et/ou Triade de Cushing (↑TA, ↓FC, respiration anormale))

- Transférer en salle de réanimation
 - Attitrer une présence infirmière continue au chevet du patient
 - Surélever la tête du lit à 30° et placer la tête du patient en position médiane
_____ Bolus NS ou LR _____ mL (20 mL/kg, MAX 1000 mL) IV sur 20 minutes si signes d'hypoperfusion (remplissage capillaire ≥ 3 sec, extrémités froides)
_____ NaCl 3 % _____ mL (5 mL/kg/dose, MAX 250 mL) IV sur 10 minutes **OU**
_____ Mannitol _____ g (0,5-1 g/kg/dose, MAX 100 g) IV sur 15 minutes
- * Il est possible de répéter la thérapie hyperosmolaire x 1 PRN après 30 min ou d'utiliser l'autre agent (NaCl 3 % ou mannitol)
- Après la réanimation liquidienne initiale, diminuer soluté à 75 % du débit actuel (voir Tableau de réhydratation)
Changer débit actuel du soluté IV à _____ mL/h IV

MÉDECIN (SIGNATURE)

NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

INFIRMIÈRE (SIGNATURE)

NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

Original – Dossier médical Copie – Pharmacie